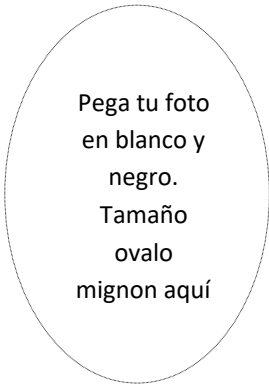




Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Medicina Práctica Profesional Clínica



NOMBRE COMPLETO Iniciando por apellidos				
MATRÍCULA				
FECHA DE NACIMIENTO				
EDAD		GÉNERO	Femenino	Masculino
NACIONALIDAD				
CORREO ELECTRÓNICO				
DOMICILIO PARTICULAR		COLONIA		
		C.P.		
		ESTADO		
		MUNICIPIO		
TELÉFONO	CASA	() -	MÓVIL	
CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	TELÉFONO		NOMBRE	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL				
PERIODO ACADÉMICO A CURSAR				
PRÁCTICA CLÍNICA				

Firma del Interesado:
 Fecha: ____ de ____ de ____

Con base en la “*Ley Federal De Protección De Datos Personales En Posesión De Los Particulares*”, la FMBUAP, con domicilio en 13 sur 2702 Col. Volcanes, CP. 72440, Puebla, México, es responsable de recabar sus datos personales, del uso que se le dé a los mismos y de su protección.